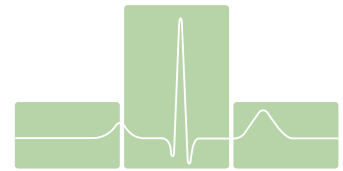


ANTRAG AUF MITGLIEDSCHAFT



MEDICAL
ACADEMY & CARE

Medical Academy & Care e.V.

Im TZL - Technologie-Zentrum Ludwigshafen
Donnersbergweg 1
D-67059 Ludwigshafen

Telefon 0621 - 62 999 073
Telefax 0621 - 62 999 074

info@medical-academy-care.de
www.medical-academy-care.de
facebook.com/medicalacademycare

Titel

Nachname Vorname

Geb. datum

Straße

PLZ Ort

Telefon Mobil

E-Mail

Beruf

Branche

Referenz

Mitgliedsnummer

Mit meiner Unterschrift beantrage ich die Mitgliedschaft im Verein Medical Academy & Care e.V.

Datum und Unterschrift:

LASTSCHRIFTERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich Medical Academy & Care e.V., widerruflich, von meiner unten genannten Kontonummer monatlich

ab dem / /20..... zum 1. /15. eines jeden Monats den folgenden Betrag in Euro abzubuchen:

Beitrag 100 € 75 € 50 € 25 € €

Bankverbindung

Kontoinhaber

BIC

IBAN

Geldinstitut

Datum und Unterschrift: